

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

記入例

糸満市長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 4 年 4 月 1 日
申請者氏名	糸満 花子	本人との関係	娘
提出代行者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
申請者住所	〒901-0392 糸満市潮崎町1丁目1番地		
認定調査 立会人	電話番号 090-1234-5678 立会人氏名 糸満 花子 (続柄: 娘) 調査場所 自宅		

※申請者がケアマネ等の場合に記入

※申請者全員記入

保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7			
	個人番号		※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要		
	医療保険	保険者名	糸満市国民健康保険	保険者番号	00000001
		被保険者 記号・番号	記号 糸国 番号 00000001	枝番	0
	フリガナ			生年月日	明・大 昭 20年1月1日
	氏 名			性別	男 ・ 女
	住 所	〒		電話番号	
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2		
	有効期間	令和 元 年 6 月 1 日 から 令和 2 年 5 月 31 日			
	変更申請の理由				
介護保険施設 医療機関等の 入院・入所有無 (短期入所を除く)	有	医療機関・介護保険施設名 ● ● 病院	所在地	期間 令和2年3月1日～ 令和2年3月10日	
	無				

※「被保険者番号」、「前回の要介護認定結果等」欄は、介護保険被保険者証を参考にしてください。
※「医療保険」情報はマイナ保険証または、資格確認書を参考にしてください。

※変更申請理由を簡潔に記載してください。

※過去6か月以内に医療入院もしくは介護施設入所歴のある場合は記入してください。

主治医	主治医の氏名	潮崎 糸子	医療機関名	● ● 病院
	所在地	〒 電話番号		

※主治医はフルネームで記入してください。

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

※二号被保険者の方は特定疾病名を記入してください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、糸満市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師または認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名
代筆者氏名